

AKROMİOKLAVÜLER DİSLOKASYON (+)

Fahri SEYHAN*

Mişel KOKİNO**

ÖZET

Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 1965-1974 yılları arasında teşhis ve tedavi edilmiş olan 31 akromioklaviküler dislokasyon vakası ele alınmıştır. Bu vakaların 20 sine konservatif, 11 inde ameliyatla tedavi uygulanmıştır. Bağlarda olan lezyonun derecesine göre, sublüksasyon ve tam dislokasyon olarak ikiye ayrılmasının önemi ve ayırıcı teşhis üzerinde durulmuştur. Tedavisi için literatürde rastlanılan çok sayıda konservatif ve ameliyatla tedavi şekilleri tartışılmış, sublüksasyon için konservatif, tam dislokasyon için de ameliyatla tedavinin daha iyi sonuç verdiği saptanmıştır. Yapılacak ameliyatın şeklinin, vakanın eski veya yeni oluşu, hastanın yaşı ve mesleği gibi özelliklerinin göz önüne alınarak seçilmesinin önemi belirtilmiştir.

GİRİŞ :

Üzerinde yıllardan beri tartışılan ortopedik konulardan biri Akromioklaviküler oynağın dislokasyonudur. Omuzun hareketlerinde ve kolun iş görmesinde büyük önemi olan bu oynağın dislokasyonuna oldukça sık rastlanılır. Tedavisinin konservatif usullerle yapılmasını tavsiye edenler (1,7,8,14,16) olduğu gibi, ameliyatla yapılmasını savunanlar (2,3,4,9,11,12,15,17,18) vardır. İki taraf ta kendi tedavi sonuçlarının daha iyi olduğunu ileri sürmektedirler. Üzerinde henüz fikir birliğine varılamayan bu konuda, kliniğimizde tedavi edilmiş olan vakalara ve literatür incelemesine dayanan bu çalışmayı yaparak kendimizce bir sonuca varmaya çalıştık.

MATERYEL ve METOD :

İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 1965-1974 yılları arasında 31 akromioklaviküler dislokasyon vakası tedavi edilmiştir. Bunların 20 sine poliklinikte konservatif tedavi uygulan-

(+) IV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresinde (13-15 Ekim 1975, Ankara) bildirilmiştir.

* İst. Üniv. İst. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Profesörü

** İst. Üniv. İst. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Uzman Asistanı

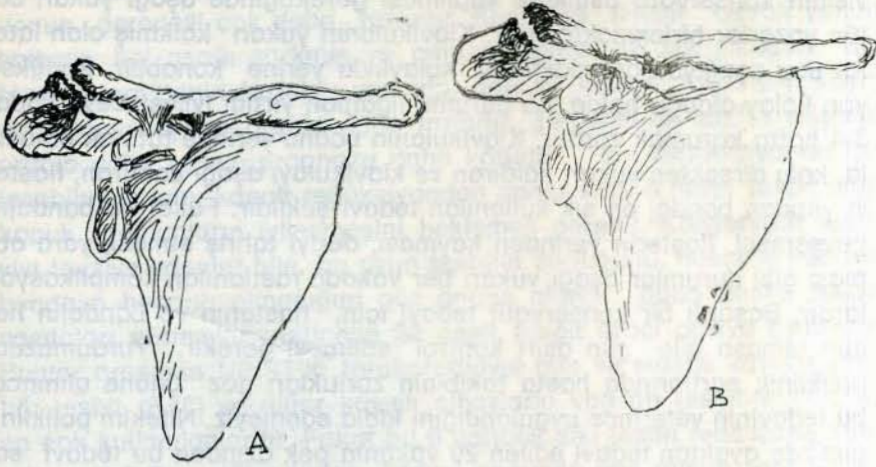
mış, 11 i ise yatırılmış ve ameliyatla tedavi edilmişlerdir. Hastaların yaşları 19 ile 46 arasında olup, 5 i kadın, 26 sı erkektir. Sağ omuzda bu çıkığa sol omuzdan daha sık rastlanmıştır. Vakaların çoğunda dislokasyon sebebinin yüksekte omuz üzerine düşme, trafik kazası ve dövülme gibi direk travma olduğu görülmüştür.

Poliklinikte uygulanan konservatif tedavi, klavikulanın çıkmış olan ucunu yerine bastırarak yapılan kapalı redüksiyon ve bu durumda tutmak için uygulanan flaster bandajından ibarettir. Ameliyatla tedavi edilen vakalarda da 4 ayrı teknik uygulanmıştır. Beş vakada dislokasyonun açık redüksiyonu ve bir veya iki Kirschner teli ile transfikasyonu, iki vakada klavikulanın vida ile tesbiti, bir vakada telle serklaj, üç vakada da klavikulanın lateral ucunun ekstirpasyonu yapılmıştır. Bu vakaların sonuçları tartışma bölümünde ele alınacaktır.

TARTIŞMA :

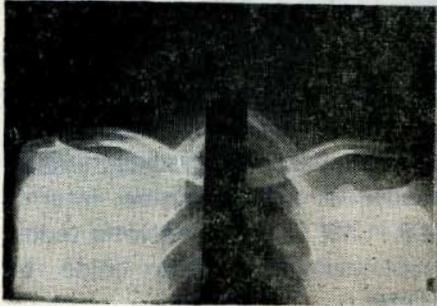
Akromioklaviküler oynanın çıkığının nasıl olduğunu ve tedavisi ile ilgili problemleri daha iyi anlayabilmek için, bu oynanın anatomik yapısını ve fizyolojisini hatırlamak faydalı olacaktır. Bilindiği gibi, akromioklaviküler oynak omuzda, klavikulanın lateral ucunun skapulunun akromion çıkıntısı ile yaptığı oynaktır. Omuz hareketleri esnasında, aşağı yukarı menteşe gibi esner ve klavikulanın uzun eksenine etrafında rotasyon hareketi bu oynakta olur. Kolun yatay düzlemde daha yukarı kaldırılmasında bu oynanın hareketi çok önemlidir. Oynayı yapan kemik yüzleri küçük ve yassıdır. Oynak aralığında yarım ay şeklinde bir kıkırdak (menisküs) bulunabilir. Anatomik yapısı zayıf olan bu oynak, çevresini saran akromioklaviküler bağ ve klavikulayı korakoid çıkıntıya bağlayan korakoklaviküler bağlar, ayrıca deltoid ve trapez adalelerinin yapışma yerleri tarafından kuvvetlendirilmiştir.

Direk veya indirek travmanın etkisi ile akromioklaviküler oynakta bir çıkık olduğu zaman, klavikulanın lateral ucunun arkaya veya aşağıya doğru çıkması çok enderdir (1,13). Çıkık genellikle klavikulanın yukarıya çıkması veya kol ile beraber skapulunun aşağıya inmesi şeklinde olur. Bu dislokasyonun derecesi klasik olarak (1,2,3,4,8,9,11,12,15,16,17) ikiye ayrılır. (Resim : 1) 1. Sublukasyon : Sadece akromioklaviküler bağ yırtılmıştır, klavikulanın lateral ucu yerinden çıkmış fakat 1,5-2 cm kadar yukarıya kalkmıştır. 2. Dislokasyon : Akromioklaviküler bağ ek olarak korakoklaviküler bağlar da kopmuştur. Çıkık tamdır, klavikula açıkça görülür şekilde yukarı kalkmıştır.



Resim : 1 — Akromio klaviküler eklem deki anatomik lezyonun derecesine göre
a. Subluksasyon, b. Tam dislokasyon

Bağlardaki anatomik lezyonun ve çıkığın derecesine göre yapılan bu ayırım, uygulanacak tedavinin şekli ve vakanın prognozu bakımından çok önemlidir. Ayırıcı teşhis bakımından klinik muayenede, omuzda ağrı ve hareket sınırlanması her iki şekilde de görülür. Enspeksiyon ve palpasyonla muayenede klavikulanın lateral ucunun 2 cm den az dislokasyonu subluksasyon, bundan daha fazlası tam dislokasyon olduğunu gösterir. Radyolojik muayenenin doğru teşhise varmada büyük yardımı olur. Hasta yatar durumda iken grafi çekilmişse subluksasyon gözden kaçabilir. Ayakta çekilen grafilere kolun ağırlığının etkisi ile eklem aralığı açılınca dislokasyonun derecesi daha açık olarak görülür. Şüpheli durumlarda hastanın ellerine ağırlık verilerek ayakta her iki omuzun AP radyografisinin çekilmesi, sağlam omuzla karşılaştırma yaparak mevcut dislokasyonun derecesini gösterme bakımından değerli bir muayene metodudur (Resim : 2)



Resim : 2 — Ellere ağırlık verilerek karşılaştırmalı radiografide sol akromio klaviküler dislokasyon.

Akromioklaviküler oynakta subluksasyon olduğu zaman tedavisinin konservatif usullerle yapılması gerektiğinde aşağı yukarı bütün yazarlar birleşmektedirler. Klavikulanın yukarı kalkmış olan lateral ucu aşağıya bastırıldığında kolaylıkla yerine konabilir. Redüksiyon kolay olduğu halde, bu durumu ligaman yırtığı iyileşinceye kadar 3-4 hafta korumak zordur. Klavikulanın ucunu yerinde tutmak amacıyla, kolu dirsekten yukarı kaldıran ve klavikulayı aşağı bastıran, flasterle yapılan bandaj en sık kullanılan tedavi şeklidir. Fakat bu bandajın gevşemesi, flasterin yerinden kayması, deriyi tahriş etmesi, yara açması gibi durumlar aşağı yukarı her vakada rastlanılan komplikasyonlardır. Başarılı bir konservatif tedavi için, hastanın ve bandajın her gün olmasa bile gün aşırı kontrol edilmesi gerekir. Yurdumuzda, poliklinik şartlarında hasta takibinin zorlukları göz önüne alınınca, bu tedavinin yeterince uygulandığını iddia edemeyiz. Nitekim polikliniğimizde ayaktan tedavi edilen 20 vakanın pek azından bu tedavi sonuna kadar uygulanabilmiştir. Hastaların çoğu birkaç gün sonra yerinden kayan ve yara açan bandajı söküp atmışlar ve tedavi yarım kalmıştır. Aslında, subluksasyon olduktan sonraki bir hafta içinde, oynak çevresindeki ödem ve hematoma rezorbe olduktan sonra ağrı ortadan kalkar ve hastalar kollarını günlük işlerinde kullanmaya başlayabilirler. Bunu görmeleri de kendilerini tedaviye devam etmenin gereksiz olduğuna inandırır. Vakaların uzun süre takibinden sonra sonuçları değerlendiren bir çalışma (7), akromioklaviküler oynağın subluksasyonundan sonra tedavi edilmiş ve edilmemiş hastaların arasında kolun fonksiyonu bakımından büyük bir fark olmadığını ya koymuştur.

Bu iyimser görüşlere rağmen, subluksasyon durumu devam eden akromioklaviküler oynakta zamanla dejeneratif değişikliklerin ortaya çıktığı, ağrılı artrozun yerleştiği de bir hakikattir. Kronik subluksasyonlu şahıslar omuzlarındaki estetik deformiteyi kabul edip, kollarını günlük işlerinde kuliansalar bile, kolun elevasyonu sınırlı, zayıf ve ağrılı olduğundan, kolu yukarı kaldırarak çalışmayı gerektiren işleri yapamazlar. Bu nedenlerle, kolun tam fonksiyonu bekleniyorsa, oynağın anatomik durumuna tam redüksiyonu gereklidir diye düşünenler de vardır. Bu düşüncenin etkisi ile, oynak aralığında yumuşak doku interpozisyonu nedeniyle tam redüksiyon yapılamayan yapıldığı halde bandajla yerinde tutmaya imkan bulunamayan vakalarda bilhassa genç sporcularda ameliyatla redüksiyon ve internal fiksasyon yapmayı tavsiye ederler (4,9,11,18). Bizim ameliyatla tedavi edilmiş 11 vakamız arasında 4 ü, subluksasyon oldukları halde bu düşünceye uyarak ameliyat edilmişlerdir.

Tam dislokasyon denilen durumda ise, akromioklaviküler bağ ile birlikte korakaklaviküler bağlar da kopmuş oldukları için dislokasyonun derecesi çok daha fazladır. Klavikula aşıkarak yukarı kalkmış, kol aşağı sarkmış ve omuzun stabilitesi bozulmuştur. Estetik deformitenin fazlalığı yanında, ağır ve koldaki fonksiyon kaybı da subluksasyona oranla daha fazladır. Tedavisi de subluksasyona oranla daha zor ve prognozu daha kötüdür. Tam dislokasyonun iyileşebilmesi için, kapalı redüksiyondan sonra kolu 6 hafta tesbit edip kopuk ligamanların iyileşmesini beklemek gerekir. Konservatif tedaviyi tavsiye edenler bile, bu uzun tesbitin zorluğunu, flasterle yapılan bandajın başarılı olmadığını göz önüne alarak daha başka tesbit vasıtaları aramışlar, neticede 32 çeşit tesbit aracı ortaya çıkmıştır. Bunlar arasında URIST'in torakobrakiyal alçı ve elastik kayışla yaptığı tesbit (8,16) ve diğer kayışlı cihazlarla yapılan tesbitler (1,4,14) en çok kullanılanlardır. Fakat bu 6 haftalık sıkı tesbit tedavisine hastalar zor tahammül ederler. Tedavi sonunda her zaman tam iyileşme olmaz ve geriye subluksasyon kalabilir. Konservatif tedaviyi en iyi uygulayan URIST bile, iyileşme şansının % 80 olduğunu bildirmiştir (16).

Akromioklaviküler oynağın tam dislokasyonunun ameliyatla tedavi etmeyi tercih edenlerin sayısının daha çok olduğu dikkati çekmektedir (2,3,4,9,11,12,15,17,18). Uygulanmakta olan ameliyat şekillerinin sayısının 30 a yakın olduğu yazılmıştır. Başlıca ameliyat şekillerini 4 grupta toplayabiliriz.



Resim : 3-a — Sol omuzda akromioklaviküler dislokasyon.

Resim : 3-b — Aynı vakada açık redüksiyon ve çapraz Kirschner telleri ile tesbitten sonraki görünüm.

1. Akromioklaviküler oynanın açık redüksiyonu, bir veya iki Kirschner teli ile transfiksasyonu ve kopuk ligamanların dikilerek tamir edilmesi (Resim: 3). Bu gruba Phemister ve Steward tekniği olarak bilinen ameliyatlara girer. İki haftadan daha yeni vakalarda en sıklıkla uygulanan ameliyat şeklidir. Açık redüksiyon esnasında oynak aralığında bulunan kopuk ligaman, menisküs veya kırık parçaları temizlenince tam anatomik redüksiyon yapılması mümkün olur. Yırtık bağlar, oynak kapsülü ile deltoid ve trapez adalelerin yapışma yerleri de dikilir. Ameliyat sonrasında kolu 4 hafta tesbit ettikten sonra tam bir iyileşme beklenir. Bu ameliyat tekniğinin sık rastlanılan bir komplikasyonu, internal fiksasyon amacı ile kullanılmış olan Kirschner tellerinin zamanla, omuz hareketlerinin etkisi ile yürümesi, istenmeyen yerlere gitmesidir. Üzerine vida dişi açılmış 2,5 mm. çapında Kirschner teli kullanılırsa bu komplikasyonun önlenebileceğine inanılır (4,8,11,15). Fakat böyle bir telin bile omuriliğe kadar yürüyebildiğini gösteren bir vaka yayınlanmıştır (10). En iyisi, düz veya vidalı tellerin deri altında kalan uçlarının kanca şeklinde bükülmesi ve ameliyatta 8 hafta sonra işleri bittiğinde yerlerinden çıkarılmasıdır. Bu teknik kliniğimizde beş vakaya uygulanmış, iyi sonuçlar alınmıştır. Yeni vakalarda uygulanabilecek en iyi ameliyat tekniği olduğuna inanıyoruz.



Resim : 4 — Sağ akromio klaviküler dislokasyonda klavikula akromiona vida ile tesbit edildikten sonraki görünüm.

2. Klavikulanın korakoid çıkıntıya vida ile tesbit edilmesi. (Resim: 4) Bosworth metodu olarak bilinen orijinal şeklinde, vidayı tam yerine yerleştirmek zor olduğu için modifiye edilerek uygulanmaktadır (18). Klavikulanın vida ile tesbit edilmesi, rotasyon hareketi yapmasına imkân vermediği için, fizyolojik bir ameliyat olmadığı ileri sürülmüştür (2,4,9). Vida iyileşme olduktan en geç 6 hafta sonra yerinden çıkarılmadığı takdirde, omuz hareketlerinin etkisi ile yerinde gevşer, başı etrafında kemik rezorpsiyonu olur. Bu ameliyat kliniğimizde 2 vakada uygulanmış, bunlardan biri takip edilmiş ve sonucunun iyi olduğu görülmüştür.

3. Kopmuş olan ligamanların plastik ameliyatla tamiri : Akromioklaviküler oynanın açık redüksiyonundan sonra veya rezeksiyon artroplastisinden sonra uygulanan çeşitli plastik tamir ameliyatları bu gruba girer. Yeni vakalarda kopuk korako-klaviküler ligamanların ipek veya tel kullanarak serklajı, fasya lata kullanarak dikilmesi şeklinde uygulanır. Daha eski vakalarda Neviaser tekniği ile korako-akromial ligaman, kullanılarak tamir, diğer tekniklerde çeşitli adele ve tendonları kullanılarak plastik tamir ameliyatları yapılabilir (2,5,9, 17). Kliniğimizde bu çeşit ameliyatlardan sadece telle serklaj bir vaka üzerinde uygulanmıştır.



Resim: 5 — Eski bir akromio klaviküler dislokasyon vakasında klavikulanın lateral 1/3 ü çıkarıldıktan sonraki görünüm.

4. Klavikulanın lateral ucunun rezeksiyonu : Mumford ameliyatı olarak bilinir (Resim: 5), akromioklaviler oynakta artroz teşekkül etmiş, ağrılı eski vakalarda uygulanır. Hiç tedavi edilmemiş vakalarda, veya tam başarıya ulaşmamış tedavilerden sonra zamanla akromioklaviküler oynakta dejeneratif değişiklikler olması ve bunun ağrılı artroza dönüşmesi

klavikulanın dış yan ucundan 1,5 - 2 cm. lik bir bölümü rezeke edilir, deltoid ve trapez adalelerin yapışma yerleri sıkıca dikildikten sonra klavikulanın stabilitesi sağlanır. Tekniğine uygun olarak uygulandığı takdirde bu ameliyatın iyi sonuç verdiği yazarların çoğu tarafından kabul edilmektedir (1,2,4,6,8,9,11,15,16). Bu ameliyat kliniğimizde 3 vakada uygulanmış ve sonuçları da iyi olmuştur.

Literatürde basit gibi görünen bir dislokasyonun tedavisi için, bu kadar çok çeşitli tedavi metodlarının bulunması ve üzerinde tartışmaların devam etmesi, bazı yazarlara göre hiç bir tedavi metodunun tam olarak başarılı olmadığı anlamına gelebilir. Bizce, bütün bu değişik tedavi metodlarının bilinmesinde fayda vardır. Eldeki vaka iyice incelendikten sonra, dislokasyonun şekline, derecesine, yeni veya eski oluşuna, hastanın yaşına ve mesleğine göre en uygun olan tedavi şeklini uygulama imkânı verir. Vakaya göre iyi seçilmiş ve tekniğine uygun olarak yapılmış bir tedavinin başarı şansı büyüktür.

Bilinen bir tedavi şeklinde ısrar etmek ve bunu her vakaya uygulamaya kalkışmak başarısızlığı davet etmek demektir.

SONUÇ :

Bir akromioklaviküler oynak lezyonu vakasında iyi bir klinik ve radyolojik muayene yaparak, sublüksasyon ile tam dislokasyon arasında ayırıcı teşhisi belirlemek gerekir. Şayet sublüksasyon varsa kapalı redüksiyon ve bandajla tesbit tedavisi iyi sonuç verir, nadiren ameliyat gerekir. Tam dislokasyonda ise, aynı şekilde yapılan konservatif tedavi bandajın yerinden kayması, vaktinden önce çıkarılması gibi nedenlerle çok defa başarılı olmaz. Yeni tam dislokasyon vakalarında, oynanın açık redüksiyonu, internal fiksasyonu ve kopmuş bağların tamiri ameliyatı tercih edilmelidir. Eski dislokasyon vakalarında ise, klavikulanın lateral ucunun eksizyonu yapılmalıdır.

SUMMARY

Acromioclavicular dislocation

In this paper, 31 cases of acromioclavicular dislocation, which were treated at Orthopedica and Traumatology Clinic of Istanbul Faculty of Medicine between 1965-1974 are studied. 20 of these cases received conservative, other 11 operative treatment. Various methods of treatment for this injury has been reviewed. It is concluded that sublaxation cases should be treated conservative and complete dislocations by operative methods. The type of the operation should be chosen according to the age and profession of the patient and the time of the injury.

LİTERATÜR

- 1 — ALLMAN, F. L.: Fractures and Ligamentous Injuries of the Clavicle and Its Articulations. J. Bone Joint Surg. 49-A:774, 1967.
- 2 — CRENSHAW, A. H.: Campbell's Operative Orthopaedics, 5th Ed. Vol I, P. 424-427, C. V. Mosby Co. St. Louis, 1971.
- 3 — D'AUBIGNE, MERLE R.: Affections Traumatiques, p. 513, Flammarion, Paris, 1951.
- 4 — De PALMA, A. F.: Surgery of the Shoulder, 2nd Ed, p. 314,328, J. B. Lippincott Co., Philadelphia-Toronto, 1973.
- 5 — DEWAR, F. P. BARRINGTON, T. W.: The Treatment of Chronic Acromioclavicular Dislocation. J. Bone Joint Surg., 47-B:32, 1965.
- 6 — DUTHIE, R. B., FERGUSON, A. B.: Mercer's Orthopaedic Surgery, 7th Ed. p. 958, Edward Arnold, London, 1973.
- 7 — JACOBS, B., WADE, P. A.: Acromioclavicular Joint Injury, An End Result Study, J. Bone Joint Surg., 48-A:475, 1966.
- 8 — LAZCANO, M. A., ANZEL, S. H., KELLY, P. J.: Complete Dislocation and Subluxation of the Acromioclavicular Joint. J. Bone Joint Surg., 43-A:379, 1961.
- 9 — MOSELEY, H. F.: Shoulder lesions. 3rd Ed. p. 213-226, Livingston, Edinburg-London, 1969.
- 10 — NORRELL, H., LLEWELLYN, R. C.: Migration of a Threaded Steinmann Pin from an Acromioclavicular Joint. J. Bone Joint Surg., 47-A:1024, 1965.

- 12 — OMBREDANNE, L., MATHIEU, P. : Luxations acromio-claviculaires, (Traité de Chirurgie Orthopédique) III, 2022, Masson, Paris, 1937.
- 13 — PATTERSON, W. R. : Inferior Dislocation of the Distal End of the Clavicle, A Case Report, J. Bone Joint Surg., 49-A:1184, 1967.
- 14 — SPIEGELMAN, L. : A Harness for Acromioclavicular Separation, J. Bone Joint Surg., 51-A:585, 1969.
- 15 — TUREK, S. L. : Orthopaedics, Principles and Their Applications, 2nd Ed. p. 570, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1967.
- 16 — URIST, M. : Complete Dislocation of the Acromioclavicular Joint, Follow-up Notes, J. Bone Joint Surg., 45-A:1750, 1963.
- 17 — WEAVER, J. K., DUNN, H. K. : Treatment of Acromioclavicular Injuries, Especially Complete Acromioclavicular Separation. J. Bone Joint Surg., 54-A:1187, 1972.
- 18 — WEITZMAN, G. : Treatment of Acute Acromioclavicular Joint Dislocation by a Modified Bosworth Method. J. Bone Joint Surg., 49-A:1167, 1967.